UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 19

COMPLICATIONS OCULAIRES DES OREILLONS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 7 décembre 1936

PAR

Jean-Édouard LASVALADAS

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à BOURGANEUF (Creuse), le 2 juin 1912

Examinateurs de la Thèse

MM. TEULIÈRES, professeur ..... *Président.*

AUBERTIN, professeur .....

BEAUVIEUX, agrégé ..... *Juges.*

DESPONS, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1936

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 19

COMPLICATIONS OCULAIRES DES OREILLONS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 7 décembre 1936

PAR

Jean-Édouard LASVALADAS

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à BOURGANEUF (Creuse), le 2 juin 1912

Examinateurs de la Thèse

MM. TEULIÈRES, professeur ..... *Président.*

AUBERTIN, professeur .....

BEAUVIEUX, agrégé ..... *Juges.*

DESPONS, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	MASSÉ.
id.	DUFOUR.	id.	DARGET.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DE GRAILLY.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	FONTAN.	Physique médicale	WANGERMEZ.
id.	BROUSTET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE.
id.	DERVILLÉE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE.	Physique médicale et pharmaceut que	WANGERMEZ
Médecine opératoire	PAPIN.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Accouchements	RIVIÈRE.	Urologie	DARGET.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Botanique	GIRARD.
Puériculture	FAUGÈRE.	Pa tériologie	MOUREAU.
Pharmacie chimique	VITTE.	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PERE

Une douloureuse maladie le prive de la jouissance d'un repos gagné après une vie toute faite d'honnêteté et de conscience professionnelle. Qu'il soit assuré de tout mon dévouement et de ma profonde affection.

A MA MERE

Qu'elle trouve dans ce modeste ouvrage un faible témoignage de ma tendresse et de ma reconnaissance infinies.

A MA SŒUR

A MON FRERE ANDRE

A MON ONCLE HENRI

ET SA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MES PROFESSEURS
DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES JUGES

A Monsieur le Médecin Général CAZAMIAN

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier du Mérite maritime,
Officier de l'Instruction publique.

A Messieurs les Médecins en chef BRUN et FERRET

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur M. TEULIERES

Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

En le remerciant du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse, qu'il nous permette de lui exprimer respectueusement notre reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a donné.

AVANT-PROPOS

Au terme de notre scolarité, nous tenons à exprimer nos remerciements les plus sincères à M. le Professeur Teulières. C'est lors de notre passage dans son service, qu'initié à l'ophtalmologie, nous nous sommes senti attiré vers cette spécialité si fertile en résultats. Nous l'assurons de nos sentiments de gratitude et de respectueuse reconnaissance : c'est toujours avec plaisir que nous retrouverons son service, où nous avons été accueilli avec bienveillance et sollicitude.

Nos remerciements vont aussi à M. le Docteur Viaud, qui nous a prodigué de nombreux et judicieux conseils, et à M. le Docteur Duthil, qui a toujours fait preuve d'une grande amabilité à notre égard.

COMPLICATIONS OCULAIRES
DES OREILLONS

HISTORIQUE

Il est un fait que les complications oculaires des oreillons paraissent d'une rareté excessive. Villard, de Montpellier, dans un exposé récent (1927), a eu la curiosité d'entreprendre une enquête à ce sujet auprès d'un certain nombre de ses confrères : tous lui ont déclaré n'avoir jamais observé de tels accidents. Pour notre part, de nombreuses recherches bibliographiques nous ont obligé de constater la grande pauvreté de la littérature ophtalmologique, surtout pour ces dernières années.

Assez nombreuses sont cependant les observations publiées isolément, visant les affections de l'œil en rapport avec les oreillons. Dans les travaux de 1900 à 1910, les cas étaient considérés comme si rares qu'à chacune des observations correspondait le nom de celui qui la publiait. Nous avons même constaté que, parfois, le cas d'un malade était rapporté par deux auteurs différents, ce qui, du même coup, d'une observation en faisait deux; nous ne citerons à cet effet que le cas du malade rapporté par Plasson, puis par Jacqueau.

Il existe dans la littérature, depuis 1865, des observations sur les complications oculaires des oreillons touchant toutes les parties de l'œil.

Citons les cas de conjonctivites mentionnés dans la thèse

de Tronyo (1910), de Combeau (1867), Haillot (1876), Gailhard (1877), Karth (1883), Hatry (1876), Devèze et Sarradon; les cas de kératite de Bronner (1900), Worthington (1913), de Detray (1926), de Lundsgaard; les cas de paralysie de l'accommodation de Baas (1886), Bagneris (1902), Mandonnet (1903). Plus importantes sont les névrites optiques et les dacryoadénites, complications considérées comme les plus fréquentes par Villard. Tous les travaux sur cette question ne manquent jamais de rapporter les premiers cas de névrite optique publiés par Hatry en 1876, puis par Talon en 1883, tous les deux médecins militaires. En fait, les 10 malades d'Hatry ne présentaient que de la papillite, et H. Dor, en 1900, publiant une observation d'atrophie optique, ne relevait que deux cas analogues au sien : celui de Talon (1883) et celui de Blanchard (1899).

C'est à ce moment que le Comité technique de santé invite les médecins militaires qui auraient à traiter les oreillons à porter tout particulièrement leur attention sur les complications oculaires.

A la suite des médecins militaires, qui les premiers ont constaté des cas de névrite optique, les publications deviennent plus nombreuses : Dor (1910), Mölling (1907), Van Duyse (1908), Le Roux (1903), Chevalier (1909), Heerfordt (1909), Sendral (1901), Semi, Chavigny (1910), Plasson (1914), Aurand (1931), Young (1933).

La dacryoadénite ourlienne est plus vite connue, et les publications en sont nombreuses, même à ce jour. Les cas antérieurs à 1893 : Rider (1873), Dufour (1890), Hirschberg (1890), Gordon Norrie (1890), Schroeder (1892), ont paru dans la thèse de Leriche. Ont suivi les cas de Walter (1899), Roger (1899), Sendral (1901), Joly (1903), Adler (1889). Plus près de nous, mentionnons les publications de Bidault (1925), Salvati (1932), Coppez. Parmi les complications considérées comme les plus fréquentes, nous pensons, d'après nos recherches, à faire figurer les iritis et irido-cyclites, dont la première observation est due à Pechin (1901).

Tronyo, dans sa thèse, relève 12 cas de ce genre, dont 2 inédits. Villard, en 1927, rapporte 3 cas personnels. Ortéga publie 6 cas en 3 ans, de 1930 à 1932. Notre travail s'appuie sur deux observations inédites d'iritis, l'une due à l'obligeance de M. le Professeur Teulières, l'autre personnelle.

Il est probable que les cas sont plus nombreux, car nombre d'iritis n'ayant pu être rattachés aux causes habituelles trouveraient peut-être leur explication dans une attaque d'oreillons antérieure : sur 222 malades à Prague, 37, soit 16,66 p. 100, ont leur affection inexpliquée. Kahoum, à Brno, de 1927, à 1931, relève 233 cas d'irido-cyclite, dont 25, soit 10,7 p. 100, n'ont pas d'étiologie. Enfin, il est bon de noter comme complication des oreillons la sclérite péricornéale, dont la littérature a 5 belles observations récentes : 4 de Fredrik Berg, de Gothembourg, et 1 de Colrat, après celle de Hutinel. Nous voyons par cette énumération que nous sommes loin du moment où Trousseau disait « que les oreillons étaient une affection sans aucune gravité, évoluant sans accident sérieux, et étaient de courte durée »; où Uhthoff, dans son rapport sur l'étiologie des névrites optiques, au XIII[e] Congrès de médecine, en 1900, ne mentionnait même pas les oreillons.

Les cas sont sûrement plus nombreux qu'on ne le pense, et l'on en découvrirait de nouveaux si, comme le conseillait déjà Talon en 1883, l'on procédait systématiquement à l'examen ophtalmoscopique de tout malade atteint d'oreillons qui présentera des accidents cérébraux ou qui se plaindra de céphalalgie.

Dans une première partie, nous traiterons les complications que nous considérons comme plus importantes et fréquentes, c'est-à-dire la névrite optique, la dacryoadénite et l'iritis.

Dans une seconde partie, nous énumérerons les complications rares touchant les différentes parties de l'œil : conjonctive, cornée, sclérotique, muscles.

PREMIÈRE PARTIE

LES COMPLICATIONS LES PLUS FRÉQUENTES

I

NEVRITE OPTIQUE

Les observations ayant trait à cette complication sont surtout nombreuses avant 1910. Depuis, nous n'avons pu relever que quelques cas, mieux définis cependant : Aurand, Plasson, Félix Ramond et Goubert, Young. Nous nous sommes efforcé de rassembler les diverses observations publiées et de les résumer, ne gardant que ce qui peut nous intéresser. Nous mentionnerons succinctement quand a commencé l'affection oculaire après le début des oreillons, la durée de la maladie, les modifications de la vision et du fond d'œil, et nous noterons, s'il y a lieu, les particularités à chaque cas.

Observation I.

(Hatry, *Recueil de mémoires de méd. milit.*, 1876.)
(Les malades sont des soldats.)

10 jours après le début des oreillons, apparition de troubles visuels.

30 jours après, l'acuité visuelle remonte à 4/5.

Observation II.

(Id., *ibid.*)

Troubles visuels 8 jours après les oreillons. Hyperémie de la papille. O. D. G. V. = 2/3. 8 jours après, O. D. G. V. = 5/6.

Observation III.

(Id., *ibid.*)

Troubles visuels 5 jours après les oreillons. O. D. G. V. = 2/15. On constate une hyperémie papillaire. 15 jours après, pendant qu'évoluait une orchite, O. D. G. V. = 1.

Observation IV.

(Id., *ibid.*)

12 jours après le début des oreillons, apparition de troubles visuels. La papille est floue, les vaisseaux dilatés. Guérison 6 jours après. Orchite.

Observation V.

(Id., *ibid.*)

Troubles visuels 5 jours après les oreillons : O. G. V. = 1/5; O. D. V. = 2/13. La papille est injectée. Guérison en 8 jours. Orchite.

Observation VI.

(Id., *ibid.*)

Troubles visuels 6 jours après les oreillons. Hyperémie papillaire. Guérison en 8 jours. Orchite.

Observation VII.

(Id., *ibid.*)

Troubles visuels 5 jours après les oreillons : O. D. V. = 1/2; O. D. G. = 1/3. La papille est floue. Guérison en 12 jours. O. D. G. V. = 4/5. Orchite.

Observation VIII.

(Id., *ibid.*)

10 jours après les oreillons, O. D. G. V. = 2/3. La papille est floue. Guérison en 15 jours.

Observation IX.

(Id., *ibid.*)

Troubles visuels apparus 4 jours après les oreillons. La papille est injectée. Guérison en 8 jours. Orchite.

Observation X.

(Id., *ibid.*)

8 jours après les oreillons, O. D. G. V. = 1/2. L'acuité remonte au bout de 12 jours. La papille était très injectée. Orchite.

Observation XI.

(Talon, *Arch. de méd. et pharm. milit.*, 1883.)

Ch..., soldat. 27 jours après le début des oreillons, volumineux et compliqués d'orchite légère, sensation de brouillard, surtout de l'œil droit. Céphalalgie, nausées. A. V. D. = 1/10. Papille fortement injectée, diffuse. Grosses veines et artères. 2 mois 1/2 après, atrophie blanche de la papille droite.

Observation XII.

(Blanchard, *Bulletin médical*, 1899.)

Soldat de 24 ans. 30 jours après le début des oreillons, diminution rapide de la vue. 3 mois après, à la suite d'une parésie du droit interne droit et un strabisme divergent transitoires, on constate une atrophie blanche double.

Observation XIII.

(Strezminski, *Recueil d'ophtalm.*, 1902.)

Femme de 22 ans. 8 jours après le début des oreillons, brouillard de l'œil gauche. On constate une papillite avec un scotome central. Guérison complète 1 mois après.

Observation XIV.

(Sendral, *Recueil d'ophtalm.*, 1901.)

5 jours après une atteinte d'oreillons compliqués de signes cérébraux, le malade accuse des troubles visuels. Papillo-rétinite double. 10 jours après, l'acuité visuelle est réduite à 1/2.

Observation XV.

(Le Roux, *Archives d'ophtalm.*, 1903, p. 655.)

Soldat. 15 jours après le début d'oreillons bénins, sensation de brouillard. A. V. D. G. = 1/4. Papilles un peu hyperémiées. Scotome central pour le vert et le rouge. 2 mois après, guérison complète, A. V. = 1.

Observation XVI.

(Dor, *Revue gén. d'ophtalm.*, 1900.)

Homme de 25 ans. 1 an après les oreillons, compte les doigts à 0 m. 25 à gauche, à 1 mètre à droite. Atrophie blanche qui a évolué en 10 mois. Très légère amélioration.

Observation XVII.

(Mölling, *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1907.)

28 ans. 8 jours après le début des oreillons, douleur dans l'orbite. 1 mois après, atrophie du nerf optique droit, forte névrite optique à gauche.

Observation XVIII.

(Van Duyse, *Archives d'ophtalm.*, 1908.)

Fillette de 8 ans. 2 mois après les oreillons, chute brusque de l'acuité visuelle. On constate une double névrite optique. La maladie évolue avec des phénomènes méningés, et bientôt l'enfant ne perçoit plus que les mouvements de la main.

Observation XIX.

(Chevalier, *Ophtalm. provinciale*, 1909.)

Homme de 47 ans. 21 jours après les oreillons, sensation de brouillard. 2 ans après, A. V. = 1/50 à droite, avec atrophie blanche. A gauche, le malade compte les doigts à 3 mètres.

Observation XX.

(Simi, *Bolletino d'oculistica*, 1896.)

8 jours après une atteinte d'oreillons, on constate une hyperémie bilatérale. Le malade voit trouble. Tous les accidents disparaissent en 8 jours.

Observation XXI.

(Chavigny, *Bulletin médical*, 1910.)

Soldat. 6 mois après des oreillons qui ont duré 27 jours, le malade sent sa vue diminuer. 2 ans après, cécité complète, avec 2 papilles blanc nacré uniforme et vaisseaux filiformes.

Observation XXII.

(Plasson, *Bulletin médical*, 1911.)

Soldat. Oreillons sérieux, compliqués d'orchite. 1 an après, le malade sent sa vue diminuer à droite, puis à gauche. 8 mois après, on constate que les papilles sont blanches et les vaisseaux atrophiés. A. V. = 1/50. Les couleurs sont mal perçues. Héméralopie.

Observation XXIII.

(Aurand, *Lyon médical*, 1931.)

Femme de 22 ans. 10 jours après une atteinte d'oreillons, la malade se plaint de brouillard devant les yeux, avec photophobie et céphalée. O. D. V. = 0,4; O. D. G. = 0,1. Les papilles sont rouges, à bords saillants, avec stries rayonnées œdémateuses : il s'agit d'une double neuro-rétinite œdémateuse intense. 40 jours après, O. D. G. V. = 1 sans verres. Petit croissant atrophique sur les bords temporaux des papilles.

Observation XXIV.

(F. Ramond et J. Goubert, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1915, 3e série, t. 39, p. 610.)

Soldat de 22 ans. 4 jours après les oreillons, conjonctivite, larmoiement. Papille trouble, à bords flous : début de stase papillaire. Guérison 1 mois après.

Observation XXV.

(Id., *ibid.*)

23 ans. Début des oreillons le 24 novembre. 10 jours après, papille congestionnée à contours flous. Œil normal 1 mois après.

Observation XXVI.

(Id., *ibid.*)

23 ans. En même temps que le début des oreillons, brouillard devant les yeux. Papilles congestionnées à contours nets. Guérison quelques jours après.

Observation XXVII.

(Id., *ibid.*)

Soldat de 25 ans. En même temps que les oreillons, conjonctivite, papille floue, vaisseaux dilatés. Œil normal 3 semaines après.

A ces observations, il faut ajouter les constatations faites par Fournié lors de l'épidémie d'oreillons de 1882-1883.

D'une part, 19 malades sur 65 se sont plaints de troubles de la perception lumineuse, caractérisés par une sensation confuse de brouillard ou de fumée, de la photophobie, du larmoiement, une diminution plus ou moins sensible de l'acuité visuelle. Sur ces 19 malades, 3 ne pouvaient lire l'heure sur l'horloge. Leur trouble mit une quinzaine de jours à disparaître. Les 16 autres voyaient les objets troubles, et cela ne dura que 4 à 5 jours.

D'autre part, Fournié, en 1876 et 1883, nota une altération du sens chromatique, sans qu'on puisse dire qu'il existât une forme particulière de la dyschromatopsie ourlienne : la cornette de la sœur, déjà vue bleue par un malade d'Hatry, fut vue jaune par deux malades de Fournié, verte par un autre.

A part les observations en 1925 de F. Ramond et G. Goubert déjà mentionnées, ces deux auteurs ont fait en bloc les constatations suivantes : sur 115 malades, atteints d'oreillons, 45 ont présenté du larmoiement, de la conjonctivite surtout bulbaire, des troubles de la vision allant d'une simple impression de brouillard jusqu'à l'impossibilité de lire une seule ligne du journal. « Nous avons pratiqué l'examen du fond d'œil chez tous ceux de nos malades accusant des troubles de la vision, au nombre de 16. Nous avons constaté chez tous une accentuation marquée de la coloration rosée normale de la papille, soit un flou de cette papille, dont les contours disparaissent, soit enfin un gonflement appréciable des veines rétiniennes. Ces diverses altérations sont passagères, et disparaissent complètement avec l'inflammation des parotides. Dans 1 cas, les lésions rétiniennes étaient plus avancées, puisqu'il y avait un début de stase papillaire. Les troubles durèrent un mois après la guérison des oreillons. »

Enfin, Young, en 1933, a publié 1 cas typique de névrite optique ourlienne, avec guérison complète.

Si l'on considère la série de ces observations, on peut dis-

tinguer deux groupes de symptômes chez nos malades : les troubles subjectifs et les troubles objectifs.

A. — Troubles subjectifs.

La céphalée est assez souvent mentionnée par les auteurs : nous pensons qu'elle ne mérite pas d'être retenue, c'est un symptôme trop courant lors des maladies infectieuses. Plus intéressante est la douleur dans le fond de l'orbite accusée par nombre de malades.

La photophobie et le larmoiement sont à peu près régulièrement constatés. L'atteinte du globe oculaire peut se borner là. C'est un signe très fréquent, qui semble plutôt en rapport avec la conjonctivite bulbaire qu'un signe annonciateur d'une future atteinte du fond d'œil.

L'héméralopie a été notée plusieurs fois : 2 fois par Fournié en 1876 et 1883, 1 fois par Plasson en 1911. Elle est rare. *La dyschromatopsie*, dont nous avons parlé, existe, mais se voit très peu souvent. Il n'en est pas de même de *la sensation de brouillard devant les yeux et de la baisse de l'acuité visuelle* qu'accusent la généralité des maladies. Ces deux signes font partie de la symptomatologie de la névrite infectieuse aiguë. Tout au début, le malade va voir l'ophtalmologiste, parce qu'il y voit trouble; les objets disparaissent dans du brouillard : ces troubles se traduisent par l'impossibilité de lire une ligne de journal, de distinguer l'heure à une horloge. Parfois en même temps le malade se plaint de la tête; il a des vertiges, des bourdonnements. A l'examen, on constate une baisse plus ou moins marquée de l'acuité visuelle, seul symptôme parfois qui amène le malade à consulter. La plupart des observations d'Hatry notent une acuité visuelle de 2/13 à 4/5. Dans l'observation XV, O. D. G. V. = 1/4; XXVII, O. D. V. = 4/10; O. G. V. = 1/10. Cette baisse est inégale pour chacun des deux yeux, mais elle se manifeste à peu près constamment sur les deux. C'est un

des grands caractères de la névrite ourlienne d'atteindre à la fois et en général à peu près de la même façon les deux papilles et rétines. Seules sur 27 cas, 2 font exception : cas XI et XIII: et cependant les deux yeux ont été atteints, un seul l'a été sérieusement. On a noté aussi l'existence d'un *scotome central* (obs. XIII et XV). L'apparition de ces troubles, d'autre part, ne semble pas en rapport avec une autre complication des oreillons, orchite par exemple. Parmi les 10 malades d'Hatry, plusieurs ont eu une orchite, mais cela ne se retrouve pas dans les observations suivantes.

Les troubles peuvent en rester là. Mais à ce stade l'ophtalmoscope montre déjà des changements dans la configuration de la papille normale, changements dont nous allons parler maintenant.

B. — Troubles objectifs.

Dans un premier stade, la papille paraît seule atteinte. Sa coloration rosée normale s'accentue; elle ne fait pas saillie, les contours en sont toujours perceptibles, et elle se détache encore sur le fond de l'œil comme d'ordinaire. Cette atteinte est très légère, et l'amélioration survient très rapidement. Les 16 malades relatés par F. Ramond et Goubert, qui tous se plaignaient de troubles visuels, présentaient ce stade. Toutes les diverses altérations ont disparu avec l'inflammation des parotides.

Dans un deuxième stade, correspondant à un trouble visuel parfois très accusé, la papille prend un aspect nettement inflammatoire : c'est la vraie papillite, qui peut être simple ou œdémateuse. Alors les contours de la papille disparaissent, elle est floue, et se distingue à peine sur le fond d'œil. L'hyperémie est plus ou moins accentuée. Il existe un œdème péripapillaire, dont l'intensité est variable, mais qui ne manque jamais, selon Villard. Ces lésions, le plus souvent, tendent vers l'amélioration dans un délai de 8 à 30 jours. Les éléments nobles n'ont pas été lésés, et la guérison est com-

plète, avec *restitutio ad integrum* de l'acuité visuelle. Malheureusement, dans certains cas, l'évolution se poursuit. L'affection prend un caractère chronique, traîne en longueur de plusieurs mois à 2 ans; les fibres optiques subissent une altération profonde. Après la phase d'irritation vient la phase de destruction, aboutissant à l'atrophie blanche, avec perte de la vision de l'œil atteint. A ce stade, qui a tant ému les médecins militaires, la papille est blanche, parfois d'une blancheur de nacre; ses bords sont imprécis; les artères sont filiformes, les veines parfois dilatées. Entre temps, on peut noter d'autres complications : paralysie du droit interne, hémiparésie, strabisme. Comme généralement l'affection évolue sur les deux yeux, le malade est atteint de cécité complète. Les premiers cas publiés : Talon, Blanchard, Dor, se sont terminés ainsi.

En 1933, Villard, Viallefont et Temple ont publié un article intitulé : *Manifestation oculaire des oreillons : stase papillaire simulant une névrite optique;* on y relève l'observation suivante :

Un soldat de 21 ans présente des oreillons classiques avec céphalée et troubles de la vision. Le liquide céphalo-rachidien est normal. 1 mois 1/2 après, rentrant de convalescence, il doit consulter l'ophtalmologiste : il présente des douleurs du côté gauche, partant de la nuque, se dirigeant vers la région orbitaire, très pénibles, durant de 1/2 heure à 1 heure, et pendant lesquelles la vue se brouille. O. D. G. V. = 1.

L'examen du fond d'œil montre aux deux yeux une papille à contours flous et légèrement en saillie. A l'examen à l'ophtalmoscope binoculaire, la modification de relief est très marquée, avec un aspect en liseron extrêmement net, qui fait affirmer une légère stase papillaire. Le malade, en outre, se plaint de vertiges et de bourdonnements d'oreilles. Une ponction lombaire fait céder la céphalée et améliore notablement les troubles visuels.

A la suite, ces auteurs se demandent si certaines névrites optiques signalées ne sont pas, en réalité, des stases

papillaires peu accusées. Il ne semble pas que ces deux formes soient à considérer comme types dans l'atteinte du nerf optique. Dans les observations de neuro-rétinite ourlienne, l'acuité visuelle baissait toujours, traduisant une lésion par le virus des éléments nobles récepteurs des impressions lumineuses. Ici, l'acuité visuelle est toujours restée égale à l'unité. L'évolution des différentes observations de la littérature, soit vers la guérison complète, soit vers l'atrophie blanche, prouve que la névrite ourlienne existe bien. Il semble que l'on se trouve en présence d'un cas isolé, atypique d'oreillons : le malade a accusé de la céphalée et des troubles de la vision dès le début; deux ponctions lombaires ont amené des vomissements; il a présenté des vertiges et des bourdonnements d'oreilles. Il est plausible de rattacher, selon Dupuy-Dutemps, cette stase papillaire à l'hypertension du liquide céphalo-rachidien que présentait ce malade. J. Bollack pense de même que la dilatation ventriculaire, conséquence de cette hypertension, joue un rôle prépondérant dans la production de la stase papillaire. Comme le font d'ailleurs remarquer les auteurs, il semble que ce malade a présenté une réaction méningée qui s'est traduite par des modifications tensionnelles du liquide céphalo-rachidien, causes de la stase papillaire : la méningite a fait la stase, alors que le virus fait la névrite.

Il serait intéressant de classer les différents troubles observés en bloc dans les atteintes du nerf optique, et de voir s'il y a une relation avec l'évolution des oreillons. Si nous considérons les 27 observations recueillies, nous constatons que nous pouvons les classer en trois groupes.

Dans un premier groupe, nous pouvons mettre tous les cas qui ont guéri avec recouvrement à peu près complet de la vision. Notons au bout de combien de temps ont apparu les troubles après la tuméfaction parotidienne, c'est-à-dire quand le diagnostic est posé; notons de même la durée de l'affection oculaire.

Obs.

I : 10 jours, 30 jours.
II : 8 jours, 8 jours.
III : 5 jours, 15 jours.
IV : 12 jours, 6 jours.
V : 5 jours, 12 jours.
VI : 6 jours, 8 jours.
VII : 5 jours, 12 jours.
VIII : 10 jours, 15 jours.
IX : 4 jours, 8 jours.
X : 8 jours, 12 jours.
XIII : 8 jours, 30 jours.
XV : 15 jours, 60 jours.
XX : 8 jours, 8 jours.
XXIII : 10 jours, 40 jours.
XXIV : 4 jours, 30 jours.
XXV : 10 jours, 30 jours.
XXVI : 0 jour, quelques jours.
XXVII : 0 jour, 21 jours.

Il est facile de constater que l'apparition des premiers troubles visuels n'a pas excédé 15 jours; la durée de l'affection est au maximum de 60 jours, plus régulièrement de 10 à 30 jours. Recueillons de même les observations avec atrophie optique.

Obs.

XI : 27 jours, 75 jours. Atrophie droite.
XII : 30 jours, 90 jours. Atrophie double.
XVI : 1 an, 10 mois. Atrophie double.
XVIII : 60 jours. Atrophie double.
XIX : 21 jours, 2 ans. Atrophie droite. Compte les doigts à 3 mètres à gauche.
XXI : 6 mois, 2 ans. Atrophie double.
XXII : 1 an, 8 mois. Atrophie double.

Nous gardons deux autres observations un peu particulières : les malades ont présenté des signes cérébraux assez

intenses, l'acuité visuelle a baissé rapidement. Le second s'est plaint de très violentes douleurs dans le fond de l'orbite. Chez les précédents, les oreillons avaient évolué normalement, plusieurs fois même ils avaient été considérés comme bénins. Ici, ils avaient frappé par l'intensité des signes généraux.

Obs. XIV : 5 jours, 10 jours. V = 1/2.
Obs. XVII : 8 jours, 30 jours. Atrophie droite, névrite gauche.

Il semble que l'organisme a été sidéré par l'infection ourlienne et la localisation oculaire a évolué avec une très grande rapidité. Notons cependant que l'un des malades a gardé une acuité visuelle de 5/10, et que l'autre a eu une atrophie seulement à droite.

Il apparaît, d'après les deux tableaux ci-dessus, que réellement la date d'apparition des premiers troubles visuels par rapport à l'évolution de la névrite optique est d'un grand intérêt. Par contre, sauf quelques exceptions, il est probable que la plus ou moins grande gravité des oreillons ne peut être un moyen de pronostic. Des oreillons avec orchite ont donné une névrite qui a guéri complètement; des parotidites bénignes ont amené une atrophie blanche.

En règle générale, si les premiers symptômes oculaires accusés par le malade apparaissent au maximum 15 jours après la tuméfaction parotidienne, il n'y a pas lieu de s'inquiéter : l'affection sera de courte durée, 2 mois au maximum, et l'acuité visuelle se rétablira intacte. Par contre, si les troubles visuels sont décelés tardivement, soit 1 mois après ou plus, l'atteinte est sérieuse : la névrite évoluera de plusieurs mois à 2 ans, et peut amener l'atrophie blanche des deux papilles et la cécité.

Aurand a présenté en 1931 1 cas de double névrite optique avec guérison, qui ne semble pas, d'après lui, cadrer avec la règle précédente. Dans cette observation, c'est seulement au quarante-troisième jour de la maladie qu'appa

raissent les troubles visuels. En fait, les jours sont comptés à partir du début de l'incubation de la maladie.

Dans les observations que nous relatons, nous comptons les jours à partir du moment où apparaît la tuméfaction parotidienne. De cette façon, nous constatons que les troubles visuels ont apparu moins de 15 jours après le gonflement parotidien. L'affection a d'ailleurs duré un peu plus d'un mois, et le malade a guéri.

Sur les 27 observations, 9 relatent une atrophie blanche. Sur ce petit nombre, il serait peut-être abusif de dire qu'une névrite sur trois aboutit à l'atrophie. Par contre, cela suffit à nous montrer la gravité de cette localisation du virus ourlien : les médecins qui en avaient fait les premières constatations s'en étaient montré très émus. Plasson, en 1911, écrivait : « Il semble bien actuellement que, dans la pathologie des oreillons, on puisse donner à leurs complications la place prépondérante qu'on ne leur a pas attribuée jusque-là. Si ces complications sont rares, cependant elles ne le sont pas moins que les autres, mais elles peuvent atteindre, par contre, un degré de gravité qu'un médecin ne doit pas ignorer ni méconnaître. »

Hatry, sur 70 cas d'oreillons, note 10 papillites, soit 14 p. 100. Joly, sur 37 cas, observe 13 fois des troubles visuels, soit dans 35,6 p. 100 des cas. Dans 24,3 p. 100 des cas, il y avait des lésions du fond d'œil constatées à l'ophtalmoscope. Dans une épidémie d'oreillons, en 1882-1883, Fournié, sur 65 malades, rencontre 16 fois des troubles visuels, soit dans 25 p. 100 des cas. En 1925, F. Ramond et G. Goubert, examinant 45 malades sur 115 se plaignant de troubles, notent 16 fois une altération du fond d'œil, soit dans 8 p. 100 des cas. Par contre, plus de 30 p. 100 présentaient des troubles purement subjectifs. En résumé, il apparaît que, dans plus de 40 p. 100 des cas, les oreillons amènent un trouble de la vision : photophobie, larmoiement, sensation de brouillard, trouble que l'on ne peut pas mettre sur le compte d'une atteinte du nerf optique. Mais, par contre, dans au

moins 10 p. 100 des cas, il y a des lésions constatables à l'ophtalmoscope. Comme 1 cas sur 3 aboutit à l'atrophie, il est permis de penser qu'au moins 3 p. 100 des malades atteints d'oreillons risquent la cécité. Il nous paraît qu'il serait de la plus haute importance de recueillir un grand nombre d'observations de malades atteints d'oreillons pour établir une statistique sur une plus grande échelle. La notion d'épidémie semble jouer un rôle. Les observations, en grande partie, ont été publiées par des médecins militaires, mieux placés pour étudier les épidémies d'oreillons. Il serait donc plus exact de dire que, lors d'une épidémie avec troubles visuels, 3 p. 100 des malades peuvent être atteints de névrite optique pouvant aboutir à l'atrophie blanche.

Pathogénie.

A quoi est due cette névrite ? Hatry l'attribuait aux congestions dans les cavités intracrâniennes et intraoculaires déterminées par l'énorme afflux de sang qui comprime les vaisseaux du cou dans la région parotidienne. On ne comprend pas alors que les troubles visuels apparaissent après la disparition complète de la tuméfaction des glandes parotides. Pour Roux, l'amblyopie ourlienne est due à la résorption des toxines microbiennes qui, entraînées dans le torrent circulatoire, vont exercer leur action nocive sur les nerfs optiques. En fait, deux théories sont en présence.

Théorie hématogène. — Longtemps, les oreillons ont été considérés comme une septicémie primitive. La parotidite ne serait qu'une localisation secondaire la plus habituelle. Par voie hématogène, le virus pourrait être transporté à distance, créant l'orchite, si fréquente, et d'autres complications. La névrite optique connaîtrait le même mécanisme : de ce fait, la névrite optique, tout comme les polynévrites rencontrées parfois au cours des oreillons, ne serait qu'une névrite périphérique. C'est par le même phénomène que les

maladies infectieuses, telles la grippe, l'érysipèle, donneraient une inflammation du nerf optique à évolution aiguë. Jaeger rapporte plusieurs cas de névrite optique survenus après la guérison apparente de la grippe. Dans ce même ordre d'idées, Mc Culloch a observé un cas de cécité complète. Les travaux actuels ne semblent pas pencher vers cette théorie.

Théorie méningée. — L'atteinte du nerf optique serait consécutive à une localisation sur les méninges du virus ourlien. De là il gagnerait, par le chiasma optique, les gaines du nerf et amènerait son inflammation. De ce fait, toutes les complications du côté des tissus nobles du fond d'œil seraient précédées d'une méningite ourlienne.

Talon, déjà, écrivait : « Il est étonnant que des troubles visuels n'aient pas été observés en plus grand nombre, consécutivement à ces oreillons, suivis d'accidents cérébraux parfois si graves qu'ils peuvent simuler une méningite. Les symptômes d'accidents cérébraux n'ont pas manqué dans les observations d'Hatry et la mienne. Ils ont consisté en attaques hystériformes, perte de connaissance, contractions et secousses tétaniques, céphalalgie, nausées, vertiges. Je suis porté à croire que les altérations de la papille sont la conséquence des accidents cérébraux, qui ne sont pas rares dans les oreillons. »

D'autre part, Joly a constaté « qu'un fait qui domine l'histoire des localisations ourliennes sur l'appareil de vision au point de vue pratique du diagnostic précoce des oreillons est l'apparition, dès les premiers jours, des lésions des membranes profondes, reconnaissables à l'ophtalmoscope. Dans nos cas, ces lésions, constatées à l'entrée du malade, n'étaient certainement pas postérieures à la fluxion parotidienne; voilà un premier fait acquis. Etaient-elles antérieures ? Rien ne le prouve, car nous n'avons pas eu l'occasion d'examiner le fond d'œil des malades en période d'incubation. Mais rien ne l'infirme non plus. En attendant une démonstration que

de nouvelles recherches établiront, il est permis d'émettre une hypothèse et de dire que ces lésions du fond d'œil, dans leurs formes de début, hyperémie papillaire, existaient probablement avant que la tuméfaction parotidienne apparût ».

On sait, depuis les travaux de Gordon, Martha Wollstein, Kermorgant, que le virus ourlien est essentiellement neurotrope. Aussi l'on a fait entre les deux syndromes nerveux et glandulaire survenant l'un après l'autre, ou inversement, la corrélation qui s'imposait. Cependant, on peut trouver chez un sujet tous les signes d'une méningo-encéphalite ourlienne évoluant entièrement sans aucun symptôme d'atteinte glandulaire. Citons l'observation de Wallgren, qui a trouvé dans la même famille une parotidite ourlienne typique, puis trois semaines après, des oreillons avec réaction méningée préalable chez un frère cadet, enfin chez l'autre frère une méningite ourlienne autonome.

Le double tropisme du virus ourlien, pour le tissu nerveux et glandulaire et l'immunité qu'il confère, le rapproche encore des autres virus neurotropes, comme ceux de la rage, de l'encéphalite épidémique, du zona, de la maladie de Heine-Médin. La réaction méningée serait constante pour certains auteurs : de Massary, Luce et Tockmann le pensent, se basant sur l'examen de 635 malades. N'est-il pas permis de penser que les oreillons types correspondent à une atteinte légère des centres nerveux ne se signalant pas par des symptômes extérieurs avec localisation du virus sur le tissu glandulaire de la parotide ? Par la suite, le virus, de par son caractère de virus neurotrope, s'adapte à la faveur d'une épidémie et voit sa virulence croître : il ne s'attaque plus qu'aux centres nerveux créant la méningite ourlienne autonome.

De là il suit les gaines du nerf optique déterminant la névrite. On comprend, dès lors, pourquoi la névrite débute en même temps que les oreillons, ou plus tard, suivant l'atteinte des méninges; pourquoi elle a été souvent en rapport

avec une réaction méningée constatée; pourquoi elle est bilatérale; pourquoi la notion d'épidémie intervient dans sa fréquence.

Traitement.

Cette névrite étant de nature infectieuse, on essaiera le plus précocement possible les antiseptiques généraux ou les traitements des maladies à virus neurotrope : uroformine, salicylate de soude. La « Septicémine », le « Rubiazol », pourront donner des résultats. Le mieux serait de s'attaquer spécifiquement à l'agent de l'infection. Dans ce sens, il serait bon de faire une étude sur la valeur du sérum de convalescent. Si, comme nous l'avons vu, les oreillons paraissent bénins quand il s'agit de cas isolés, par contre, en période d'épidémie, cette affection peut prendre un caractère des plus graves : des malades risquent la cécité. Peu d'expériences ont été tentées dans ce sens : on sait cependant que le sérum s'est montré efficace comme préventif de l'orchite. Debré et Joannon ont cherché à entraver, au moyen de ce sérum, l'éclosion éventuelle des oreillons chez des sujets vraisemblablement contaminés : les résultats ont été encourageants.

Cambassédès a réalisé une expérience dans un pensionnat de jeunes filles où s'étaient déclarés 37 cas d'oreillons : aucune des 22 jeunes filles qui avaient reçu 10 à 20 cm^3 de sérum sous-cutané ne prit les oreillons.

Peut-être, et cela serait d'un grand intérêt, pourrait-on, par l'examen ophtalmoscopique, déceler précocement un début de névrite optique, comme le pense Joly, et avant l'apparition de troubles subjectifs ? Des études restent à faire pour savoir si le sérum peut alors préserver les malades d'une atteinte plus profonde du nerf optique qui peut les rendre aveugles. Ce point serait très intéressant pour certaines collectivités, telles que écoles, prisons, casernes. Il est un fait, malheureusement, que la besogne serait des plus fastidieuses.

II

DACRYOADENITES

Se basant sur plusieurs observations, Leriche, dans sa thèse, en 1893, a étudié longuement les dacryoadénites ourliennes. Cette complication, tout en étant rare, passe pour une des plus fréquentes. Près de nous, Villard, de Montpellier (*Archives d'ophtalmologie*, 1927, p. 492), a étudié en détail cette inflammation de la glande lacrymale d'origine ourlienne. Il signale « l'absence de sécrétion muco-purulente ou purulente, caractère de la plus haute importance, car il suffit à lui seul pour éliminer le diagnostic de conjonctivite aiguë auquel on pourrait penser dans les cas légers, ou à la suite d'un examen superficiel ».

Bidault, en 1925, rapporte le cas d'un malade atteint de dacryoadénite, qui lui avait été adressé avec le diagnostic de conjonctivite purulente. Leriche déjà, en 1893, remarquait « qu'au cours d'épidémies d'oreillons, on voit quelques malades présenter une conjonctivite plus ou moins intense et un œdème assez accentué de la paupière supérieure, et l'on pense avoir affaire à une conjonctivite simple ».

Il est donc probable que bien souvent le diagnostic de conjonctivite était erroné : il s'agissait alors de dacryoadénite dont les phénomènes inflammatoires étaient atténués. Les médecins militaires, lors des épidémies d'oreillons, ont constaté très souvent au début de l'affection du larmoiement, de la photophobie et de la conjonctivite. Ne faut-il pas voir là un début de dacryoadénite qui a avorté ? Tout comme les deux premières affections, nous allons relever très brièvement les observations trouvées dans la littérature.

Observation I.

(Marc Dufour.)

Jardinier. Symptômes d'invasion fébrile, apparition de deux petites tumeurs sous les paupières supérieures : elles augmentent de plus en plus pendant 3 jours. 10 jours après le malade, sans fièvre, est considéré comme guéri.

Observation II.

(Dor, *Lyon médical*, 1893.)

Enfant de 3 ans. Larmoiement considérable avec photophobie. Deux tuméfactions sous-palpébrales. Vu l'épidémie d'oreillons que l'enfant n'a pas eus, on pense à une dacryoadénite ourlienne.

Observation III.

(Karth, Thèse Paris, 1883.)

Après un état fébrile, gonflement énorme de la région parotidienne sous-maxillaire. Œdème des paupières, pas de pus. Hypertrophie des glandes lacrymales. Après des phénomènes généraux complexes, le malade guérit en 1 mois 1/2.

Observation IV.

(Hirschberg.)

Jeune fille de 15 ans. Fluxion des glandes lacrymales. Guérison en 15 jours.

Observation V.

(Gaillard.)

Homme. Porteur d'oreillons, il se présente avec les paupières supérieures considérablement tuméfiées. Pas de pus. Guérison en 15 jours. Le malade a présenté du larmoiement et de la photophobie.

Observation VI.

(Combeau.)

Oreillons. Orchite. Il se manifeste 10 jours après une augmentation de volume en masse des deux paupières supérieures, qui guérit en 8 jours.

Observation VII.

(Gordon Norrie.)

Jeune fille de 11 ans. Sécrétion muco-purulente de la conjonctive et inflammation des deux glandes lacrymales. Au troisième jour apparaît la parotidite.

Observation VIII.

(Sendral, *Recueil d'ophtalm.*, 1901.)

Fillette de 11 ans. Paupières tuméfiées, sécrétion, tumeur dure dans l'angle externe des deux yeux. 5 jours après apparaît une forte tuméfaction parotidienne. Tout guérit en 10 jours.

Observation IX.

(Bidault, *Soc. de méd. milit. franç.*, 2 et 16 juill. 1925.)

Soldat. Entre à l'hôpital pour conjonctivite et douleurs orbitaires et faciales. On constate, outre la température à 38 degrés, un chémosis bilatéral avec œdème palpébral, et un gonflement des deux glandes parotides. Puis la partie supéro-externe de la conjonctive apparaît distendue, alors que toutes les autres parties de l'œil restent indemnes. Le malade présente en même temps un écoulement urétral. 8 jours après, tout phénomène a complètement disparu.

Nous ne mentionnons pas, à dessein, l'observation de Haillot, qui n'est pas claire, ni l'observation II de Herschberg, qui est une dacryoadénite chronique où les oreillons

n'ont rien à voir. Si nous considérons les quelques observations que nous avons recueillies, nous voyons que nous pouvons les classer en deux groupes :

1° Les dacryoadénites avec parotidite (obs. III, V, VI, VII, VIII, IX). La dacryoadénite a évolué pendant ou après les oreillons. Il est à remarquer que dans les observations VII et VIII la tuméfaction des glandes lacrymales a précédé de quelques jours celle des parotides.

2° Les dacryoadénites sans oreillons (obs. I, II, IV). Le diagnostic n'a pu être fait qu'à la faveur d'une épidémie. A ces cas, il convient d'ajouter une observation du même genre de M. J. Coppez (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalm.*, 1932); deux autres du même auteur en 1934; une enfin de M. H. Coppez la même année. Tristaino, de Palerme, rapporte l'histoire d'un malade qui est la suivante :

Jeune homme de 27 ans. Il présente un œdème palpébral intense et du chémosis. La tuméfaction des glandes lacrymales est sensible à la partie supéro-externe des orbites. La température est à 38 degrés. Guérison complète en 8 jours. Une notion d'épidémie d'oreillons, et il semble bien que cette affection soit de nature ourlienne.

Leriche, en 1893, consacre sa thèse à l'étude de la dacryoadénite ourlienne. Villard s'étend assez longuement sur elle dans un article publié dans les *Archives d'ophtalmologie* en 1927.

L'apparition de l'inflammation lacrymale, qu'accompagne une fièvre assez marquée : 38 degrés, 38° 5, se fait très rapidement. Elle est précédée par des douleurs de la région orbitaire qui s'irradient vers les tempes, le front, la racine du nez. En très peu de temps, 24 heures à 2 jours, l'examen nous met en présence du tableau suivant :

Les paupières supérieures présentent un œdème considérable, la conjonctive bulbaire, œdématiée, donne un chémosis énorme. Le malade souffre et peut présenter du larmoiement. On devine sous la paupière supérieure brillante

une petite masse sur laquelle la palpation nous renseigne : c'est la glande lacrymale, augmentée de volume, douloureuse, d'une dureté cartilagineuse. Les autres parties de l'œil sont indemnes. Il n'y a pas de sécrétion muqueuse ou muco-purulente. Très rapidement, procédant comme pour le début, les phénomènes disparaissent pour ne plus laisser aucune trace souvent moins d'une semaine après, 3 jours dans l'observation de M. H. Coppez. Les douleurs s'atténuent pour disparaître tout à fait; le chémosis et l'œdème se résorbent. Les glandes mettent seules plus longtemps à reprendre leur forme et constitution premières. L'évolution se fait, en général, en une dizaine de jours : c'est un caractère très important, à notre avis, pour aider dans l'affirmation de l'origine ourlienne de cette affection.

Quoique connue depuis longtemps, cette complication est relativement rare : les statistiques manquent. Mais sur 115 malades atteints d'oreillons, dont 45 eurent des complications oculaires, F. Ramond et G. Goubert ne trouvèrent qu'un seul cas de dacryoadénite. Salvati, en 13 ans, a pu en recueillir 14 cas.

Il est difficile de savoir si, lors des dacryoadénites sans oreillons, qualifiées d'oreillons lacrymaux, il n'y a pas une fluxion de la parotide qui passerait inaperçue ? Autrement dit, les « oreillons lacrymaux » existent-ils ?

M. J. Coppez a étudié assez particulièrement la question. Pour lui, les oreillons lacrymaux existent réellement et correspondraient à la localisation du virus ourlien sur les glandes lacrymales au lieu des glandes parotides.

Nous savons que le virus ourlien a une prédilection marquée pour les tissus nerveux et glandulaires. On comprend, dès lors, pourquoi il peut se localiser au niveau des glandes lacrymales. L'atteinte peut-elle être unique ? Il est difficile de le savoir. Si l'on admet la théorie tendant à faire des oreillons une maladie analogue à la rage ou à l'encéphalite épidémique, la dacryoadénite apparaît comme une métas-

tase. En un mot, au lieu d'une fluxion parotidienne la plus fréquente, on observera une fluxion des glandes lacrymales.

M. J. Coppez tend à faire des yeux la porte d'entrée du virus ourlien : les gouttelettes de Pflüge projetées par le malade viennent ensemencer les milieux extérieurs de l'œil. La première réaction apparaîtrait sous la forme d'une dacryoadénite. Pour cet auteur, toute dacryoadénite correspondrait à une localisation du virus ourlien. Cependant, cette affection peut apparaître manifestement en rapport avec une maladie connue, le plus habituellement à part les oreillons, la grippe et la blennorragie. Dans les *Archives d'ophtalmologie*, en 1932, Favory rapporte deux observations de dacryoadénites survenues après la scarlatine. L'affection a évolué tout comme nous l'avons décrit ci-dessous. Favory conclut : « Cependant, il ne nous paraît pas surprenant de voir la glande lacrymale touchée au cours de la scarlatine. Il semble, en effet, que l'agent causal de cette maladie ait une prédilection particulière pour le tissu lymphoïde. L'atteinte constante et précoce de l'amygdale vient appuyer cette opinion. D'autre part, les complications ganglionnaires, telles que le bubon, ne sont pas rares. » Il est intéressant, d'autre part, de citer les conclusions de Mme Nicolau, qui a étudié la dacryoadénite : « Tous ces faits nous conduisent à la conclusion que la dacryoadénite est une maladie autonome due à un agent spécifique pas encore connu et qui a une affinité spéciale pour la glande lacrymale. Le fait que nous avons trouvé : une éosinophilie sanguine, quelquefois une réaction méningée avec glycorachie, des transpirations accentuées même après guérison, des symptômes nerveux multiples, ainsi que le fait de n'avoir pu trouver l'agent pathogène, malgré les recherches entreprises, nous conduisent à l'hypothèse probable d'un virus filtrable comme agent de la dacryoadénite aiguë, virus semblable à celui des oreillons mais pas identique. » Donc, s'il est des cas où la dacryoadénite apparaît ostensiblement comme la complication d'une maladie antérieure connue :

grippe, oreillons, blennorragie, parfois érysipèle, rougeole, scarlatine, d'une autre côté elle peut apparaître comme une maladie autonome.

Dufour, en 1890, instillant la sécrétion lacrymale d'un malade atteint de dacryoadénite dans l'œil d'un sujet, n'eut aucun résultat.

Mme Nicolau a instillé une émulsion de la glande broyée après scarification sur la cornée d'un lapin; elle a injecté dans les veines et la glande lacrymale du lapin et du *Macaccus rhésus* du filtrat ou l'émulsion d'une glande atteinte : dans tous les cas, le résultat a été négatif.

La dacryoadénite, quand elle évolue comme maladie autonome, ressemble beaucoup à une attaque d'oreillons. Un peu de fièvre, courbature, fluxion de la glande et guérison rapide. L'atteinte paraît assez fugace et bénigne. Il est permis de se ranger à l'avis de M. J. Coppez et de penser que si habituellement les oreillons, considérés comme maladie touchant les centres cérébro-méningés, s'accompagnent d'une fluxion des parotides, ils peuvent, par contre, se manifester uniquement par une fluxion de la glande lacrymale, dite encore « oreillons lacrymaux ». Toutefois, la dacryoadénite peut aussi apparaître comme la métastase d'une maladie connue.

En résumé, la dacryoadénite correspond le plus souvent à une métastase un peu atypique des oreillons, métastase qui, au lieu de se faire sur le tissu parotidien, se fait sur la glande lacrymale. Cette même métastase pourrait exister lors d'autres maladies infectieuses, telles la grippe, etc. Le traitement se borne localement à l'application fréquente de compresses humides très chaudes.

III

IRITIS

L'atteinte de l'iris, lors des complications oculaires des oreillons, est considérée comme rare. Nos recherches bibliographiques nous ont montré qu'il existait, en effet, peu d'observations typiques relatives à ce cas. Il est vrai peut-être que certains iritis, dont la cause n'a pas été recherchée dans une atteinte antérieure d'oreillons, se sont contentés d'une vague étiologie rhumatismale. Il est à remarquer que, contrairement aux névrites optiques, dont la plupart des observations sont antérieures à 1920, les cas d'iritis sont publiés en plus grand nombre depuis quelques années. C'est la constatation de deux cas : un dû à l'obligeance de M. le Professeur Teulières; l'autre, personnel, qui a inspiré notre travail.

Nous relevons dans la suite brièvement les cas trouvés dans la littérature, adoptant le même plan que pour l'étude des névrites optiques, et nous terminerons par la rédaction plus en détail de deux observations inédites.

Observation I.

(Trony, Thèse Lyon, 1910.)

Femme de 27 ans. 3 jours après les oreillons, iritis droite, puis gauche. Guérison avec iris festonnés 15 jours après. A noter que la malade a eu antérieurement une poussée latente d'iritis.

Observation II.

(Id., *ibid.*)

Homme de 22 ans. Iritis double avec douleurs assez violentes dans l'orbite 15 jours après les oreillons. Guérison complète sans synéchie en 15 jours.

Observation III.

(Hack, *Archiv für Augenheilkunde*, 1909.)

16 ans. 5 jours après les oreillons, iritis droite. 12 jours après, guérison complète, sans synéchie.

Observation IV.

(Villard, *Montpellier médical*, 1904.)

30 ans. 6 jours après les oreillons, iritis séreuse double. Guérison rapide.

Observation V.

(Villard, *Arch. d'ophtalm.*, 1927.)

33 ans. 15 jours après l'atteinte d'oreillons, compliqués d'orchite bilatérale, iritis gauche. O. D. G. = 1/50. Guérison complète 12 jours après sans synéchie.

Observation VI.

(Id., *ibid.*)

40 ans. 8 jours après l'atteinte d'oreillons, irido-cyclite droite. O. D. V. = 1/50. Guérison complète en 15 jours.

Observation VII (Personnelle).

D... (R.), âgé de 10 ans, présente le 10 septembre des oreillons typiques. Peu de fièvre (37°8). La tuméfaction parotidienne n'est

pas excessive. Le malade reste au lit et, le 15 septembre, les parotides, ont repris leur aspect normal. La mère de l'enfant veut le garder une huitaine de jours, avant de l'envoyer en convalescence à la campagne. Le 20 septembre, l'enfant se plaint que ses yeux pleurent et que la lumière lui fait mal. Leur examen montre un peu de conjonctivite. Le lendemain, 21 septembre, le malade souffre des deux yeux; les objets sont flous et la pression des globes oculaires est douloureuse. Il garde ses yeux fermés, car la lumière lui est intolérable. L'examen, assez difficile, montre un cercle périkératique très marqué aux deux yeux. L'iris gauche est terne et décoloré, le droit n'est pas changé dans son aspect, mais la pupille est contractée. Il n'est pas possible de faire la mesure de l'acuité visuelle. Traité par l'atropine, l'œil droit apparaît complètement guéri, sans synéchie, 2 jours après. L'œil gauche reste toujours injecté, mais les douleurs disparaissent.

Le 3 octobre, tout est rentré dans l'ordre : le petit malade ne souffre plus, les iris ont repris leur aspect normal, et la pupille est bien ronde. L'enfant part en convalescence.

Observation VIII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Teulières.)

Irido-cyclite ourlienne.

Mme D..., 51 ans; très bon état général. Pas d'antécédents pathologiques. Vue antérieurement; ne présentait aucune lésion oculaire.

O. D. G. V. = 10/10.

Le 23 janvier 1936, apparition d'oreillons.

Le 29 janvier 1936, l'œil droit est devenu rouge, sans douleurs ni sécrétions.

Le 30 janvier 1936, on constate : œil droit, iritis subaiguë à forme séreuse, avec cercle périkératique et photophobie. Très peu de douleurs spontanées, mais douleurs assez vives à la pression du globe. Pas de synéchie postérieure, mais la pupille se dilate très mal à l'atropine.

Œil gauche normal.

Les jours suivants, l'iritis de l'œil droit continue à évoluer, et au bout de quatre jours une amélioration sensible se manifeste. L'iris reste cependant mat et congestionné, et la pupille se dilate très mal à l'atropine.

Le 14 février 1936, l'œil droit présente un iris brillant, le cercle périkératique a disparu. La pupille se dilate toujours mal. Le corps vitré est très légèrement flou. Pas de lésions du fond de l'œil. L'acuité visuelle est de 6/10.

Le 27 février 1-936, le corps vitré s'est beaucoup éclairci, mais l'acuité visuelle reste toujours de 6/10.

Le 26 juin 1936, guérison complète de tout phénomène inflammatoire du côté de l'iris de l'œil droit; le corps vitré est redevenu très clair, l'acuité visuelle est de 10/10.

Le traitement a consisté en compresses d'eau chaude et un collyre à l'atropine.

A ces cas typiques, il convient d'en ajouter d'autres, rapportés par différents auteurs. F. Ramond et G. Goubert ont observé un cas d'iritis passager lors d'une épidémie. Ortéga publie plusieurs cas en 1930-1931-1932; enfin, Mme Puscariu (Société roumaine d'ophtalmologie du Bucarest, 1929), a pu noter deux observations d'iritis, complication d'oreillons : chez un enfant de 8 ans et chez une jeune fille de 20 ans. L'iritis avait fait son apparition quelques jours après la parotidite et était du type séreux. Les malades ont guéri rapidement.

On trouve l'iritis au cours ou comme complication de plusieurs maladies : telles la syphilis, la blennorragie, le rhumatisme, la tuberculose, voire même la pneumonie, la dysenterie, la sporotrichose, la lèpre. On a même observé des cas de ce genre au cours de la fièvre méditerranéenne. Les symptômes du début dans l'iritis ourlienne peuvent être assez bruyants, c'est une iritis aiguë. Les yeux sont rouges, douloureux. La région ciliaire de la sclérotique prend une coloration rouge ou violacée, résultant de la dilatation des

vaisseaux profonds. La vascularisation anormale de l'iris amène une modification de sa couleur. La pupille est contractée. La lumière fatigue le malade, et très rapidement, 48 heures dans le cas de notre malade, apparaissent les signes habituels de l'iritis en pleine évolution. Le cercle périkératique apparaît très net. L'iris est décoloré. Il se forme des adhérences irido-capsulaires et des exsudats qui peuvent troubler l'humeur aqueuse. L'acuité visuelle est diminuée parfois considérablement, V = 1/50. En somme, ce sont les symptômes habituels de l'iritis, et ce n'est pas par eux que l'on peut faire le diagnostic étiologique.

Quand, après la tuméfaction parotidienne, apparaissent les premiers symptômes : douleur ou photophobie ? En considérant les quelques observations que nous avons relevées, nous pouvons dresser le tableau ci-dessous :

Obs.		
I :	3 jours,	15 jours. B.
II :	15 jours,	15 jours. B.
III :	5 jours,	12 jours. D.
IV :	6 jours,	quelques jours. B.
V :	15 jours,	12 jours. G.
VI :	8 jours,	15 jours. D.
VII :	10 jours,	12 jours. B.
VIII :	8 jours,	15 jours. D.

Nous voyons que l'iritis apparaît de 3 à 15 jours après l'inflammation des parotides; sa durée est de 12 à 15 jours. Elle peut être bilatérale dans 4 cas sur 8, ou n'atteindre qu'un seul œil, le droit ou le gauche. Son évolution est de courte durée et, fait capital, la guérison est complète : 12 à 15 jours après les premiers symptômes oculaires, la malade voit son acuité visuelle remonter et atteindre l'unité; il n'y a pas de traces d'adhérences, pas de synéchie. La pupille est ronde. L'évolution et le pronostic des atteintes de l'uvée par le virus ourlien sont donc bénins, à condition, cela va de soi,

que le malade suive le traitement approprié. Le diagnostic de la nature ourlienne de l'inflammation de l'iris pourra être affirmé par le fait que les accidents oculaires sont survenus chez un sujet moins de 15 jours après le début d'une atteinte d'oreillons. A part cela, ces affections de l'iris n'ont pas de caractère particulier, ni aucun signe véritablement pathognomonique. Le virus ourlien peut donc tantôt atteindre l'iris seul (6 fois sur 8), tantôt intéresser l'iris et le corps ciliaire (2 fois sur 8). L'évolution de l'irido-cyclite, qui est plus longue, reste cependant bénigne, puisque dans les deux cas les malades ont guéri complètement.

Quand le corps ciliaire prend part à l'inflammation, aux symptômes d'iritis, dont la violence est accrue dans de grandes proportions, viennent s'ajouter d'autres signes, dont le plus caractéristique, d'après Villard, est constitué par un trouble de transparence de la cornée, consécutif à une infiltration interstitielle ou à un dépôt plaqué à la face postérieure de cette membrane (descémétite). Dans l'observation que nous devons à l'obligeance de M. le Professeur Teulières, l'acuité visuelle, de 10/10 primitivement, n'était que de 6/10 15 jours après, malgré la disparition des phénomènes inflammatoires. Le corps vitré est resté flou plus d'un mois, puis s'est éclairci peu à peu. Enfin, le malade, vu longtemps après (près de 3 mois), ne présentait plus aucune espèce de trouble : le corps vitré était redevenu parfaitement clair, et l'acuité visuelle était remontée à 10/10. Le pronostic est donc essentiellement bénin, ici comme dans l'observation de Villard : on se basera, pour le donner, sur la date d'apparition des troubles après la tuméfaction parotidienne : 8 jours dans les deux observations.

Nous nous sommes efforcé d'éliminer soigneusement les observations qui ne nous paraissaient pas être réellement une complication attribuable aux oreillons. Cependant, à côté des observations que nous avons mentionnées, nous en trouvons dans la littérature plusieurs qui s'en rapprochent et considérées comme imputables aux oreillons.

Observation de Péchin. — Les oreillons furent compliqués dès les premiers jours d'une paralysie faciale, et 2 mois 1/2 après d'une iritis bilatérale, qui guérit en 5 mois avec synéchies.

Observation de Collomb. — Les oreillons furent compliqués dès le premier jour d'une iritis droite, qui guérit. 1 mois après, le malade revient avec une iritis gauche. La guérison se fit avec des synéchies.

Observation de Micas, 1907. — 1 mois après les oreillons avec orchite, apparaît une iritis double qui, 6 mois après, abaisse l'acuité visuelle à 2/3.

Observation d'Adams. — 20 jours après les oreillons, iritis double, qui guérit très lentement, avec des synéchies.

Il semble aussi que ces quelques observations, notées dans la thèse de Tronyo en 1910, s'apparentent à celles qu'Heerfordt publia en 1909. Cet auteur créa un syndrome lors de la constatation de mêmes symptômes chez trois malades : fièvre, irido-cyclite, parotidite. Cette affection fut étudiée depuis sous plusieurs appellations, et en particulier sous celle de fièvre uvéo-parotidienne.

Dans les *Archives d'ophtalmologie* de mai 1936, MM. Toulant et Morard en font, à l'occasion d'un cas observé par eux, une étude détaillée.

Ces auteurs purent relever dans la littérature 97 cas de cette curieuse malade. Le syndrome, pour eux, se compose des éléments suivants :

1° Hypertrophie des amygdales;
2° Des manifestations oculaires prédominant au niveau du tractus uvéal;
3° Une fièvre légère;
4° Des phénomènes paralytiques : paralysie faciale et parésies diverses;
5° Des symptômes accessoires : atteintes glandulaires multiples, adénopathies généralisées, lésions viscérales et cutanées.

L'évolution de cette affection est essentiellement subaiguë ou chronique : à peu près dans 50 p. 100 des cas, elle débute par la tuméfaction parotidienne, et dans 45 p. 100 par l'irido-cyclite. « Sa durée n'est jamais inférieure à 15 jours », elle peut atteindre une année. Au point de vue étiologique, on invoque, soit la syphilis ou la tuberculose, soit le virus ourlien, ou un virus spécifique. « Actuellement, la théorie ourlienne est abandonnée pour les raisons suivantes :

» 1° Absence de toute notion épidémique;

» 2° Son apparition chez les malades immunisés par une atteinte ourlienne antérieure;

» 3° Son évolution chronique, sa durée beaucoup plus longue que celle des oreillons.

Il est un fait que, cliniquement, à part la durée d'évolution, on peut assimiler une atteinte d'oreillons compliquée d'iritis ou d'irido-cyclite à un syndrome uvéo-parotidien.

De plus, ne voyons-nous pas au cours des oreillons des névrites et polynévrites déjà étudiées dans la thèse de Dufour (Paris, 1935) ?

Un malade atteint de fièvre uvéo-parotidienne guérit : les manifestations nerveuses disparaissent complètement, l'irido-cyclite guérit avec des synéchies plus ou moins importantes. D'autre part, prenons mention du cas de Lapersonne, en 1902 : « 5 semaines après le début d'une dacryoadénite double apparaissent les symptômes d'une iritis et d'une orchite bilatérale, puis une tuméfaction des parotides et de la glande mammaire. » Dacryoadénite, parotidite, iritis, orchite, ne retrouve-t-on pas là des manifestations relativement courantes du virus ourlien ?

Il ne nous est pas possible de discuter l'étiologie de la fièvre uvéo-parotidienne, sur laquelle d'ailleurs les auteurs ne sont pas d'accord. Cependant, nous ne pouvons nous empêcher de constater qu'il existe une réelle analogie entre des oreillons compliqués d'irido-cyclite et le syndrome uvéo-parotidien.

Mackay, Lehmann, voient dans l'uvéo-parotidite une complication oculaire de l'infection ourlienne.

Heerfordt, Weve, n'en font qu'une forme particulière de la parotidite épidémique. Au contraire, pour Feiling et Viner, ces deux affections sont absolument distinctes.

En prenant note des diverses manifestations rencontrées de part et d'autre, on est obligé de constater une ressemblance assez grande de ces deux maladies. N'est-il pas permis de supposer que, quoique n'étant pas dues à un même virus, le virus ourlien, elles ont pour cause deux virus différents présentant cependant beaucoup d'analogies ? Ou bien est-ce le même virus qui, se trouvant sur un terrain particulier, donne lieu à des manifestations différentes. Ce terrain peut être fait par la tuberculose (16 fois sur 97) ou par la syphilis, ce qui permet d'invoquer ces affections comme cause étiologique. Pour Merill et Oaks, ainsi que pour MM. Toulant et Morard, il s'agirait « d'un virus spécifique, bactérie ou agent encore inconnu ». En faveur de cette hypothèse, notons l'absence de réaction méningée dans la fièvre uvéo-parotidienne, alors qu'elle est considérée comme constante dans les oreillons. En fait, l'étiologie de cette maladie est inconnue : chaque théorie est contredite par des faits cliniques, histologiques ou biologiques. MM. Toulant et Morard concluent ainsi : « Nous ne croyons pas possible de conclure avec certitude, mais nous ne sommes pas disposés à penser que l'uvéo-parotidite soit de nature tuberculeuse; nous accepterions plus volontiers l'hypothèse de Merill et Oaks d'un virus particulier. »

Peut-être s'agit-il du virus ourlien modifié par le terrain sur lequel il évolue et donnant lieu à des accidents différents; ou bien ce virus permet-il seulement, par une atteinte primitive, la localisation d'un microbe, tel le bacille de Koch, dont les manifestations se substituent à celle du virus ourlien ? ou bien est-ce un virus réellement spécifique qui est à l'origine de l'uvéo-parotidite ?

Le traitement de l'iritis, complication des oreillons, est

simple : il se borne à l'instillation d'un collyre au sulfate d'atropine, qui dilate la pupille et rompt les adhérences.

Dans le traitement de la fièvre uvéo-parotidienne, il serait peut-être très intéressant d'essayer l'effet de l'antigène méthylique de Nègre et Boquet : ce produit semble, d'après la thèse de notre camarade Costaz, donner d'excellents résultats dans les choroïdites tuberculeuses. Il se pourrait qu'il puisse, tout en nous fournissant des renseignements sur l'étiologie de cette affection, nous donner des résultats encourageants.

DEUXIÈME PARTIE

LES COMPLICATIONS RARES

I

EPISCLERITE

Colrat; dans les *Archives d'ophtalmologie* de décembre 1930, croit avoir constaté le premier cette complication excessivement rare des oreillons. En fait, dans le *Bulletin médical* du 29 octobre 1910, le Professeur Hutinel rapporte le cas d'une jeune homme de 24 ans qui a présenté une épisclérite tenace à la suite d'oreillons bénins. En 1927, Fredrick Berg en isole 3 cas au cours d'une épidémie d'oreillons; il en publie un autre en 1931, appelant cette affection « sclérite péricornéale » et essayant de la rapprocher, peut-être à tort, de l'article de Lundsgaard : *Acute diffuse parenchymatous keratitis as a complication in parotitis epidemica*. La littérature, par conséquent, ne rapporte que 5 cas de ce genre. L'affection débute 7 jours après les oreillons dans l'observation de Colrat; 10 à 13 jours dans les trois premières de Berg; 4 jours dans la dernière du même auteur. Elle s'annonce par des troubles subjectifs : légère photophobie, douleurs sourdes dans les yeux, sensibilité des globes oculaires à la pression légère. A l'examen, on constate une rougeur considérable des globes, symptôme « le plus

marquant, constatée par le malade ». Les vaisseaux sont considérablement augmentés de volume : une instillation d'adrénaline rétrécit les vaisseaux superficiels, laissant la teinte rouge sombre plus profonde liée à la vaso-dilatation épisclérale. Colrat note, d'autre part, « que, par ailleurs, les globes oculaires sont en tous points normaux : pas de lésions de la cornée, pas d'iritis, pas de modifications de la rétine. Vision normale des deux côtés ». Peu de larmoiement et pas d'hypersécrétion conjonctivale, qui fait éloigner le diagnostic de conjonctivite. « La périphérie de la cornée peut présenter une surface mate et des opacités diffuses parenchymateuses, mais la partie centrale reste parfaitement claire. » Tous les troubles disparaissent dans 1 semaine à 15 jours. On retrouve ici le caractère fugace des atteintes ourliennes, comme dans certaines névrites ou iritis.

II

KERATITES

Les kératites ourliennes sont excessivement rares. Nous relevons dans la littérature 7 observations. Celle du major Bronner, où l'affection éclata 5 jours après les oreillons, revêtait la forme de kératite ulcéreuse. L'évolution fut sérieuse : le malade guérit 19 jours après, mais avec une forte diminution de l'acuité visuelle de l'œil gauche, à cause d'une taie centrale importante. L'observation de Settekorn, lors d'une épidémie à Stetter, relate le cas d'un malade qui présenta lui aussi une kératite ulcéreuse qui laissa un leucome. Par contre, dans l'observation de Worthington, la kératite évolue suivant le type interstitiel. *Dans l'Echo médical du Nord*, en 1926, Detray rapporte le cas d'un malade qui, au cours des oreillons, vit sa cornée s'opacifier en masse. Detray nota un aspect en treillage. Nous relevons encore l'observation de Geis : kératite parenchymateuse aiguë dans la parotidite épidémique (*Klin. Monatsbl. für Augenheilk.*, juill.-déc. 1921) et celle de Lundsgaard (*Acta d'ophtalmologie*, janv. 1924). Ce dernier auteur observe chez son malade un voile qui couvre la cornée au deuxième septenaire de la maladie. L'aspect est assez alarmant; mais dans ce cas, ainsi que dans les deux qui précèdent, la guérison survint dans un délai de 8 jours à 1 mois, sans taie ni altération de la fonction visuelle. Dusseldorp, en 1928 (*Amer. Journ. of Ophtalm.*), observa une kératite d'origine ourlienne chez un sujet de 32 ans. Il nota, de même que Detray, un aspect en treillage très net de la cornée, infiltrée en masse. Le malade guérit d'ailleurs complètement. La littérature s'enrichit d'un cas nouveau, que nous rapportons grâce à l'obligeance de M. le Professeur Teulières. Dans cette observation, il s'agit

d'une femme de 42 ans, qui présenta, quelques jours après les oreillons, une kératite parenchymateuse légère et diffuse, unilatérale.

Moins de 15 jours après, l'infiltration de la cornée avait diminué considérablement, et la malade guérit très rapidement, sans taie ni diminution de l'acuité visuelle.

Il apparaît, d'ores et déjà, que la kératite ourlienne peut évoluer suivant deux types :

1° La forme ulcéreuse à pronostic grave, pouvant en effet amener une forte diminution de l'acuité visuelle;

2° La forme parenchymateuse, qui semble plus fréquente, à pronostic bénin, à évolution courte, malgré sa gravité apparente; quelques jours après l'apparition de la tuméfaction parotidienne, la conjonctive devient très rouge. En même temps, à l'éclairage oblique, on décèle une infiltration diffuse de la cornée. Très rapidement, en deux septenaires, les phénomènes s'amendent et la guérison a lieu, complète : la cornée redevient transparente, par la disparition progressive de la tache centrale.

Au point de vue symptomatologique, cette forme est à rapprocher de la « kératite dite éphémère », décrite ces dernières années, reconnaissant comme elle et la kératite syphilitique une origine endogène. Par contre, la forme ulcéreuse est manifestement consécutive à une infection exogène.

Le traitement : d'une part, général, comportera des antiseptiques (uroformine, salicylate de soude); d'autre part, local, se composera d'applications de compresses chaudes et d'un collyre à l'atropine.

Observation.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Teulières.)

Kératite ourlienne.

Mme G..., 42 ans, est vue par moi, pour la première fois, le 15 février 1936. Elle avait présenté, quelques jours auparavant, des oreillons, qui venaient de guérir.

Le 12 février 1936, l'œil droit avait présenté de la rougeur de la conjonctive, sans sécrétions appréciables.

Le 15 février 1936, on constate la rougeur conjonctivale de l'œil droit et une infiltration diffuse, légère, mais très rouge, occupant tout le centre de la cornée.

Pas d'iritis.

Traitement : compresses chaudes, collyre à l'atropine.

Œil gauche normal.

Le 22 février 1936, l'infiltration de la cornée droite a diminué sensiblement.

Le 4 mars 1936, il ne persiste plus qu'une très légère infiltration diffuse du centre de la cornée, qui s'est considérablement rétrécie et qui avait disparu complètement 15 jours plus tard.

III

CONJONCTIVITE

A notre avis, la conjonctivite ourlienne n'existe pas. On décrivait comme signe de cette complication l'absence de toute sécrétion muco-purulente. Nous nous rangeons à l'avis de Villard, qui dit « qu'étant donné que toute inflammation aiguë de la muqueuse conjonctivale s'accompagne toujours d'une sécrétion muqueuse, muco-purulente ou purulente, l'absence d'une telle sécrétion doit suffire pour mettre sur la voie du diagnostic et donner la preuve que l'on ne se trouve pas en présence d'une conjonctivite ». Tronyo lui-même, dans sa thèse, en 1910, pensait que le plus souvent le diagnostic de conjonctivite était erroné; on se trouve, en réalité, en présence de petites dacryoadénites conjonctivales aux dépens des nombreux acini glandulaires, véritables glandes lacrymales aberrantes incluses dans l'étendue des conjonctives. Le cas de Bidault (1925) est typique à ce point de vue : un malade lui est amené avec le diagnostic de « conjonctivite purulente ». Il s'agissait, en réalité, d'une dacryoadénite ourlienne. Dans la suite, constate Bidault, la conjonctive n'a fait que réagir comme les autres muqueuses.

Pour Sendral, déjà, toute conjonctivite dite ourlienne ne masquait qu'une dacryoadénite de même nature, plus ou moins accentuée.

Les signes décrits habituellement se rapportent d'ailleurs fort bien à l'infection des acini glandulaires : bilatéralité, chémosis et œdème palpébral, pas de pus.

Dans ces cas, l'instillation d'un collyre au sulfate de zinc ou à l'argyrol suffit.

IV

AUTRES COMPLICATIONS

1° *Rétinite.*

Ce cas est rapporté par Villard et a été observé par Colin en 1875. « Il s'agissait d'une rétinite albuminurique survenue chez un jeune soldat atteint d'oreillons et qui avait réalisé, consécutivement à cette affection, une néphrite à laquelle il ne tarda pas à succomber. » C'est un cas exceptionnel : les oreillons n'ont provoqué qu'indirectement l'apparition de cette rétinite.

2° *Névrite rétrobulbaire.*

Villard n'en a trouvé que deux observations : celle de Strezminski monolatérale, et celle de Le Roux bilatérale. Elle se caractérise par l'absence de lésions du fond d'œil et par des troubles visuels importants avec scotome central. Les deux malades ont guéri complètement dans le délai de 1 mois.

3° *Paralysie de l'accommodation.*

Deux seules observations paraissent assez probantes : celle de Boas (*Klin. für Augenheilk.*, 1886), ayant trait à une fillette de 7 ans qui ne pouvait lire couramment qu'avec un verre de + 6, 3 semaines après les oreillons; celle de Bagnéris (*Clinique ophtalmologique*, 1902) : il s'agissait d'une enfant de 11 ans. Trois semaines après une attaque d'oreillons, elle ne pouvait lire à 0 m. 30 qu'avec un verre convexe de 3,50 D. Les deux fois, cette parésie de l'accom-

modation fut de courte durée. Villard ne croit pas devoir retenir les observations de Mandonnet et de Devèze et Sarradon : celle-ci est incomplète, celle-là est manifestement de nature diphtérique.

4° ***Paralysies musculaires.***

Plusieurs de nos malades ayant présenté une complication quelconque à la suite des oreillons ont pu voir des paralysies musculaires évoluer sur eux en même temps que l'iritis, la névrite, etc.

Dans l'observation de Blanchard, nous relevons une paralysie du droit interne droit. D'autres ont eu une paralysie faciale : ici, nous touchons plutôt le chapitre des polynévrites ourliennes étudiées par Dufour dans sa thèse, l'an dernier.

5° ***Dacryocystite.***

Villard ne relève que l'observation de Devèze et Sarradon, dans laquelle le malade guérit en 10 jours. Il en ajoute une inédite survenue chez une enfant de 2 ans, consécutive à une rhinite purulente de nature ourlienne. L'affection, dacryocystite phlegmoneuse typique survenue 5 jours après le début des oreillons, n'en est donc qu'une complication indirecte. Elle guérit de même rapidement par des compresses chaudes.

CONCLUSIONS

I. — Le virus ourlien, virus à caractère d'abord neurotrope, peut déterminer, en suivant les gaines du nerf optique, une inflammation de celui-ci à partir des méninges. Cette névrite, bilatérale, plus fréquente en période d'épidémie, peut revêtir deux formes :

1° *Forme bénigne.* — L'apparition des troubles visuels a lieu moins de quinze jours après le début de la tuméfaction parotidienne : l'affection dure deux mois au maximum et l'acuité visuelle se rétablit intacte.

2° *Forme grave.* — Si l'apparition des troubles visuels survient plus d'un mois après, l'évolution de l'affection peut atteindre deux ans et aboutit à l'atrophie blanche. Il serait peut-être intéressant d'étudier l'action du sérum de convalescent sur ces complications.

II. — La localisation du virus ourlien au niveau de l'uvée peut déterminer, moins de quinze jours après l'apparition de la tuméfaction parotidienne, soit une iritis, soit une irido-cyclite. L'évolution et le pronostic en sont bénins. Quinze jours après, la guérison s'annonce presque déjà complète et s'assure par la suite.

A côté de ces formes existe « la fièvre uvéo-parotidienne » qui les rappelle par son évolution clinique, la durée mise à part. Le virus ourlien, évoluant sur un terrain particulier (tuberculose) ou un agent spécifique, en est la cause. Dans le cas de la première hypothèse, l'antigène méthylique mériterait peut-être la peine d'être essayé.

III. — La dacryoadénite ourlienne peut exister seule (oreillons lacrymaux) ou évoluer en même temps que la tuméfaction parotidienne.

IV. — L'épisclérite a été signalée dans six observations : seule la périphérie de la cornée est mate, les vaisseaux scléraux sont fortement dilatés. Les troubles, qui mettent une semaine à apparaître, disparaissent dans un à deux septénaires.

V. — La kératite ourlienne, dont la littérature ne possède que 8 cas, peut revêtir tantôt la forme ulcéreuse qui laisse une taie, tantôt la forme parenchymateuse, bénigne, plus fréquente, qui évolue en quelques jours et guérit complètement.

VI. — La conjonctivite ourlienne n'existe pas : elle correspond à de multiples dacryoadénites des glandes palpébrales.

VII. — D'autres complications, excessivement rares, ont été notées : rétinite, névrite rétrobulbaire, paralysies musculaires et de l'accommodation, dacryocystite.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
M. TEULIÈRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 27 novembre 1936.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Hatry. — Troubles visuels observés à Lyon chez les malades atteints d'oreillons. *Rec. de méd. et de chir. milit.*, 1876.

Leriche. — Dacryoadénite ourlienne. Thèse Paris, 1893.

Talon. — Complications oculaires des oreillons. *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1883, p. 103.

Blanchard. — *Bulletin médical*, 6 déc. 1899.

Folon. — *Arch. de méd. milit.*, 1876.

Schroeder. — Un cas de dacryoadénite ourlienne. *Klin. Monatsbl. für Augenheilk.*, 1892.

Sendral. — Oreillons oculaires. *Recueil d'ophtalmologie*, Paris, 1902.

Stresminski. — Complications oculaires des oreillons. *Recueil d'ophtalmologie*, 1902.

Woodward. — The ocular complication of mumps. *New York med. Journ.*, 1904 et 1907.

Joly (P.-L.). — Epidémie d'oreillons observée au 94e régiment d'infanterie. Localisations oculaires. *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1903, p. 481.

Péchin. — Complications oculaires des oreillons. *Soc. franç. d'ophtalm.*, mars 1901, p. 405.

Hutinel. — Complications des oreillons. *Bulletin médical*, 29 oct. 1910.

Le Roux (H.). — Complications oculaires des oreillons. *Archives d'ophtalmologie*, 1903, p. 655.

Fournié. — Complications des oreillons du côté des organes des sens. *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1885, t. I, p. 206.

Micas (de). — Iritis et oreillons. *Recueil d'ophtalmologie*, 1907, p. 413.

Dor (père). — Oreillons, épidémies d'école, dacryoadénites et conjonctivites. *Lyon médical*, mars 1893.

Carpenter. — Un cas d'oreillons avec complications oculaires. *Pediatrics*, 1896.

Talon. — *Gazette des hôpitaux*, 1898.

Catrin. — Les oreillons et leurs complications. *Gazette des hôpitaux*, 1895.

Adler. — Dacryoadénite ourlienne. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1899.

Antonelli. — Névrites optiques au cours des infections aiguës. *Archives d'ophtalmologie*, 1903, p. 640.

Mackay. — Un cas d'uvéo-parotidite avec irido-cyclopégie. *The Brith. Journ. of ophtalm.*, sept. 1917.

Worthington (H.). — Un cas d'oreillons avec complications oculaires. *Oftalmology*, vol. IX, n° 3, 1913, p. 355.

Dor (H.). — Névrite ourlienne du nerf optique. *Lyon médical*, 1900, XLIII, 521.

Chavigny. — Atrophie papillaire tardive d'origine ourlienne. *Bulletin médical*, Paris, 1910, XXIV, 1118.

Aurand. — Double névrite optique ourlienne. *Lyon médical*, 1931, t. II, p. 617.

Bidault. — Un cas d'oreillons à manifestations oculaires : dacryoadénite ourlienne. *Soc. de méd. milit. franç.*, Paris, 1925, XIX, p. 176.

Detray (L.). — Kératite d'origine ourlienne. *L'Echo médical du Nord*, 21 août 1926.

Lebensohn (J. E.). — Mumps of lachrymol glands. *Illinois Med. Journ.*, 51, 241, mars 1927.

Mölling. — Neuritis optica noch mumps. *Münch. med. Wochenschr.*, 1907, LIV, 1098.

Colrat. — Vaso-dilatation épisclérale et conjonctivale consécutive aux oreillons. *Archives d'ophtalmologie*, déc. 1930.

Ortega (J. M.). — Dos casos de iritis de origen parotideo. *Rev. San. Milit.*, Madrid, 21, 163, 15 juin 1931.

Plasson. — Atrophie papillaire post-ourlienne tardive. *Bulletin médical*, Paris, 1911, XXV, 179.

Ramond (F.) et Goubert (G.). — Quelques complications oculaires au cours des oreillons. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. des hôp. de Paris*, 1915, t. XXXIX, p. 610.

Ortega (J. M.). — Dos casos de iritis de origen parotideo. *Arch. de med. cir. y espec.*, 33, 358, 18 oct. 1930.

Tronyo. — Complications oculaires des oreillons. Thèse Lyon, 1910.

Van Duyse. — Oreillons, névrite optique, méningite simple. *Archives d'ophtalmologie*, 1908, p. 281.

Villard. — Complications oculaires des oreillons. *Archives d'ophtalmologie*, 1927, p. 492.

Ortega (J. M.). — Dos casos de iritis de origen parotideo. *Rev. cubana de oto-neuro-oftal.*, 1, 123, mars-avril 1933.

Villard (H.), Viallefont (H.) et Temple (J.). — Manifestation oculaire des oreillons : stase papillaire simulant une névrite optique. *Arch. de la Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier*, févr. 1933, fasc. 2, p. 93.

Jacqueau. — Névrite optique post-ourlienne. *Lyon médical*, 24 avril 1910.

Coppez (M.-J.). — Un cas de dacryoadénite aiguë. *Bull. de la Soc. belge d'ophtalm.*, 2 avril 1933, p. 16 et 17.

Nicolau (Mme). — Contribution à l'étude de la dacryoadénite aiguë primitive épidémique. *Annales d'oculistique*, 1933, p. 772.

Lundsgaard. — Acute diffuse parènchymatous keratitis as a complication in parotitis epidemica. *Acta d'ophtalm. Kobenhavn*, 1923, p. 185.

Berg. — Sclérite consécutive aux oreillons. *Archives d'ophtalmologie*, p. 108, 1931.

— Pericorneal scleritis after epidemic parotitis : 3 cases. *Ber. ü. d. Versamml. d. Deutsch. opht. Gesellschaft*, 1927, p. 368.

Poncz (L.). — Bilateral inflammation of lacrymal glands as complication mumps. *Polska gaz. lek.*, janv. 1933, 12, p. 33.

YOUNG (R. C.). — Mumps encephalitis report of case with bilateral optic neuritis rapid and complete Blindness and complete recovery. New-Orleans U. et I. J., 86, 25-26, juill. 1933

TOULANT et MORARD. — A propos d'un cas d'uvéo-parotidite. *Archives d'ophtalmologie*, mai 1936. (Voir bibliographie de cet article.)

DUSSELDORP. — Keratitis from Mumps. *Amer. Journ. of Ophtalm.*, 1928, p. 761.

19.903. — Bordeaux, Imprimerie Centrale Delmas, 6, place Saint-Christoly. — 1936.